

Eingangsdatum/ Eingangsstempel

An

Antrag auf Erstattung von Verdienstaussfall im Feuerwehrdienst

Zutreffendes ankreuzen!

1. Antragsteller

Name, Vorname, Dienstgrad
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)
Beruf <input type="checkbox"/> unselbstständig <input type="checkbox"/> selbstständig
Arbeitgeber (Name, Anschrift)

2. Art des Feuerwehrdienstes (z. B. Brandbekämpfung, Lehrgang)

Dienstort	
Dienstort	
Beginn (Tag, Datum, Uhrzeit)	Ende (Tag, Datum, Uhrzeit)

3. Verdienstaussfall wird geltend gemacht für die Zeit vom/ bis:

Beginn (Tag, Datum, Uhrzeit)	Ende (Tag, Datum, Uhrzeit)	
Gesamtzahl der Tage und Stunden, für die der Verdienstaussfall beantragt wird (einschl. An- und Abmarsch)	Tag(e)	Stunde(n)

Höhe des Verdienstaussfalls:

siehe Verdienstbescheinigung des Arbeitgebers (Rückseite)

für beruflich Selbstständige EUR

Nachweis: Einkommensteuerbescheid/-erklärung Vereinbarung mit einer Ersatzkraft

Pauschale Abgeltung

4. Auszahlung

<input type="checkbox"/> auf das Konto meines Arbeitgebers	<input type="checkbox"/> auf mein Konto	<input type="checkbox"/> in bar
Bankverbindung (Name und Sitz des Kreditinstitutes)		
IBAN	BIC	

Ich versichere die Richtigkeit der im Antrag enthaltenen Angaben.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

5. Bestätigung des Leiters der Feuerwehr/Einsatzleiters

Der Antragsteller hat an dem zu 2 bezeichneten Feuerwehrdienst teilgenommen.

Ort, Datum	
	Unterschrift

6. Erklärung des Arbeitgebers zum Verdienstaussfall

Der Antragsteller ist in meinem Unternehmen beschäftigt.		
Name und Anschrift des Unternehmens		
Es ist folgender Verdienstaussfall zu berechnen:		
Beginn (Tag, Datum, Uhrzeit, des Verdienstaussfalles)	Ende (Tag, Datum, Uhrzeit des Verdienstaussfalles)	
Gesamtzahl der Tage und Stunden des Verdienstaussfall (einschl. An- und Abmarsch)	Tag(e)	Stunde(n)
Verdienstbescheinigung:	Betrag in Euro	
Bruttoarbeitsverdienst		
Arbeitgeberanteile der Beiträge zur Sozial- und Arbeitslosenversicherung		
Sonstige fortgewährte Leistungen		
Gesamt		

Der Verdienst ist dem Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> nicht <input type="checkbox"/> weitergezahlt worden.	
<input type="checkbox"/> Ich bitte, mir den fortgezahlten Lohn zu erstatten auf:	
Bankverbindung (Name und Sitz des Kreditinstitutes)	
IBAN	BIC

Es wird versichert, dass alle Angaben richtig und vollständig sind und erforderlichenfalls die entsprechenden Bescheide und Belege überprüft werden können.

Ort, Datum	
	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Entscheidung der Behörde	
<input type="checkbox"/> Der Anspruch auf Erstattung von Verdienstaussfall wird anerkannt.	
<input type="checkbox"/> Auszahlungsanordnung fertigen über	EUR
<input type="checkbox"/> z. d. A.	Haushaltsstelle
Ort, Datum	
	Unterschrift

X Zutreffendes ankreuzen!

Nachdruck, Nachahmung, kopieren und elektronische Speicherung verboten!